UEBER DEN EINFLUSS

DER

OVARIENGESCHWÜLSTE

AUF

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KGL. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

VORGELEGT VON

ADOLF ELSASSER

AUS

BRUCHSAL.

WÜRZBURG.

BECKER'S UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI.

1885.

Referent:

Herr Geheimrath Prof. v. Scanzoni.

Seinen

theuren Eltern

in

Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Von den Geschwülsten der Beckenorgane des Weibes sind zu den interessantesten die der Ovarien zu zählen, einestheils wegen der Häufigkeit ihres Vorkommens, anderntheils wegen der Menge verschiedenartigster pathologischer Verhältnisse, die durch sie bedingt werden können. Hauptsächlich sind sie dem Geburtshelfer von Wichtigkeit, denn es gibt kaum eine krankhafte Veränderung an Theilen, welche mittelbar oder unmittelbar mit dem Schwangerschafts- und Geburtsverlauf in Berührung kommen, die zu so schweren und verhängnissvollen Complicationen führen können, wie gerade die Tumoren der Eierstöcke.

In Folge dessen existirt über dieselben eine überaus reiche und gründliche Literatur, speziell über das Zusammentreffen von Ovariengeschwülsten mit Gravidität und Geburt. Ist man sich auch darüber klar, dass der Arzt in solchen Fällen durch sein Eingreifen in den Verlauf der Dinge grosses erreichen kann und nicht selten gerade zu lebens-

rettend wird, so sind doch noch in Bezug auf die Art und Weise des Eingriffs Meinungsdifferenzen vorhanden, die, theils auf theoretischen Ueberlegungen, theils auf practischen Erfahrungen basirend einer eingehenden Würdigung unterzogen werden müssen. Dies, nicht noch weiteres Beibringen von Material zu der bereits so hoch gehäuften Casuistik, soll der Zweck dieser kleinen Arbeit sein.

Ehe wir nun an die Schilderung der Symptome der Komplication herangehen, dürfte es sich empfehlen eine kurze anatomische Uebersicht über die Arten der verschiedenen Tumoren der Eierstöcke zu geben, denn gerade der anatomische Bau derselben ist oft bestimmend für das Eingreifen des Arztes.

Die Geschwülste der Ovarien lassen sich in zwei grössere Gruppen eintheilen:

1. cystische Geschwülste, sog. Kystome,
2. solide Geschwülste.

Die ersteren, weitaus am häufigsten vorkommenden, zerfallen wiederum in 3 Abtheilungen:

1. einfache Cystenbildungen,
2. proliferirende Kystome,
3. Dermoidcysten.

Die einfachen Ovarialcysten, auch hydrops folliculorum Grafii, hydrops ovarii genannt, entstehen dadurch, dass bei einem oder mehreren reifen Follikeln sowohl Berstung als regressive Metamorphose ausbleibt, und statt dessen dieselben sich fortwährend

vergrössern. Es können so mannsfaust- bis mannskopfgrosse Tumoren gebildet werden, die meistens einfächerig sind und einen hellen, serösen Inhalt enthalten, dessen Farbe jedoch manchmal durch beigemengtes Blut und seine Zersetzungsproducte modificirt werden kann. Diese Cysten haben im Allgemeinen sehr dünne Wandungen und können leicht bersten.

Die zweite Form bildet Geschwülste von unregelmässiger, meist kugeliger Form, die eine ungeheure Grösse erreichen können. Ursprünglich mehrfächerig angelegt, erlangt beim Wachsthum gewöhnlich eine Cyste die Ueberhand, oder die verschiedenen Cysten confluiren durch Schmelzung ihrer Wände zu einem grossen Raum. Der Inhalt wechselt von leicht fliessender bis zähschleimiger, gallertiger Consistenz und hat meistentheils eine gräuliche Färbung. Diese Art Tumoren entsteht nach den neuesten Ansichten durch Wucherung der Drüsenschläuche des Ovariums und ist den Adenomen zuzuzählen.

Seltener, doch relativ häufig, sind die Dermoidcysten, die Tumoren bis zu Mannskopfgrösse bilden können, und den ihnen eigenthümlichen Inhalt, schmierige Massen, Haare, Zähne, Knochen etc. zeigen.

Die soliden Eierstockgeschwülste sind im Verhältniss zu den vorerwähnten selten zu nennen; sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie meistens gleich-

zeitig beide Ovarien befallen. Auch erreichen sie nur äusserst selten eine so bedeutende Grösse als die Kystome.

Am häufigsten kommen Carcinome vor, sowohl medullare, sogenannte Markschwämme, als auch derbere scirrhusähnliche Formen. Sie sind sehr bösartig und machen fast regelmässig Metastasen in anderen Organen.

Hieran reihen sich die Fibrome, Fibrosarkome und Sarkome der Eierstöcke, die sich im Allgemeinen nicht von ähnlichen Geschwülsten anderer Organe unterscheiden; nur bei den Sarkomen wäre hervorzuheben, dass sie fast ausschliesslich in Spindelzellenform auftreten.

Gehen wir jetzt zur Betrachtung des Symptomencomplexes, der durch die Complication von Schwangerschaft und Ovarientumor hervorgerufen werden kann, über, so treffen wir eine Reihe von Fällen, in denen bei verhältnissmässig kleiner Geschwulst beide Zustände neben einander bestehen, ohne irgend welche hervorragende Störung zu bedingen, und erst wenn die Geburt nicht regulär verläuft, wird die Erkrankung des Eierstockes entdeckt.

Meistens jedoch wird die Complication nicht so ruhig und erscheinungslos bleiben, und sehr bedenkliche Alterationen des Wohlbefindens, manchmal sogar lebensgefährliche Erscheinungen können leicht durch sie hervorgerufen werden.

Ist der Tumor völlig frei von Verwachsungen, so wird es dem stets sich vergrössernden Uterus gelingen denselben vor sich her von der Beckenhöhle ins Abdomen hinaufzuschieben. Es liegt nun auf der Hand, dass durch die grössere Ausdehnung des Bauches auch die Beschwerden, die die Gravidität normalerweise mit sich bringt, in diesen Fällen beträchtlich vermehrt werden. Durch das hoch in die Brusthöhle hinaufgedrängte und durch die intraabdominelle Drucksteigerung in seiner Function schwer beeinträchtigte Diaphragma wird die Respiration oft so sehr Noth leiden, dass hochgradige, gefahrdrohende Dyspnoe eintritt. Dazu gesellen sich nun auch bald durch Kompression der grossen Unterleibsvenen und secundärer Blutstauung Circulationsstörungen; die Schwangern klagen über Herzklopfen, Ascites und Anasarka der Bauchdecken treten hinzu, und sehr erhebliche Oedeme der unteren Extremitäten machen den Kranken das Gehen beschwerlich, häufig sogar unmöglich.

Diese Zustände können wohl eine dringende Indication zu therapeutischen Massregeln, d. h. operativen Eingriffen abgeben, doch führen sie nur selten zu einer Unterbrechung der Schwangerschaft. Anders liegen die Dinge bei folgenden Verhältnissen.

Ist der Tumor ein solider und im Douglas'schen Raum verwachsen, so muss speziell der Uterus bei seinem fortwährenden Wachsthume eine starke Compression erleiden, die seiner Function als Frucht-

halter natürlich sehr schädlich ist, und dieselbe so zu stören vermag, dass ein frühzeitiger Abortus in vielen Fällen eintritt.

Leistet der Uterus diesen Schädlichkeiten Widerstand und steigt er an dem Tumor vorbei in die Höhe, so kann es sich ereignen, dass dieser die portio vaginalis uteri gegen die Symphyse hin drängt, der fundus uteri sinkt dann nach hinten, und eine Art retroversio uteri stellt sich her. Der Druck der nun horizontal stehenden schwangeren Gebärmutter auf die benachbarten Beckenweichtheile ruft, ausser Schmerzen im Abdomen und Rücken, Störungen der Blase und des Mastdarms hervor, und die Patientinnen klagen über Harndrang und Schmerzen bei der Defäcation.

Ausser diesen mehr typischen Krankheitsbildern können noch andere, plötzliche Ereignisse eintreten.

Dazu gehört unvermuthete Ruptur des Tumors, hauptsächlich bei starker Anstrengung der Bauchpresse. Es kann sich der Inhalt der Cyste durch Rectum oder Vagina nach aussen entleeren, oder der Aufbruch erfolgt in der Bauchhöhle; doch braucht auch in diesem Falle keine tödtliche Peritonitis zu erfolgen.

Ferner kommt es auch durch Torsion des Stieles der Geschwulst zuweilen zu einer Nekrose oder acuten Verjauchung derselben. In solchen Fällen wird das Leben der Trägerin allemal verloren sein

Als äusserste Seltenheit kamen dann auch Rupturen des Uterus zur Beobachtung.

Die Frucht selbst scheint sehr wenig unter der Complication zu leiden und in ihrer Ernährung und Entwicklung gehemmt zu werden. In fast allen Fällen, in denen eine Geburt zu Stande kam, findet man in der Literatur verzeichnet, dass das Kind normal und gesund gewesen sei.

Was nun schliesslich den Einfluss der Gravidität auf die Geschwülste anbetrifft, so wird von vielen Autoren berichtet, dass dieselbe ein lebhafteres Wachsthum der Tumoren bewirken könne. Und wenn man sich vergegenwärtigt, dass durch den so sehr vermehrten Blutzufluss zu dem schwangeren Uterus eine Hyperämie aller Beckenorgane hervorgerufen wird, und dadurch die günstigsten Ernährungsverhältnisse gegeben sind, so ist diese Beobachtung unschwer zu verstehen.

Von anderer Seite will man dagegen bemerkt haben, dass gerade der gegentheilige Einfluss ausgeübt werde, dass das Weiterwachsen der Ovariengeschwülste durch die Gravidität eine erhebliche Beschränkung erfahre, ja, dass dasselbe geradezu ganz sistiren könne. Man versucht das dadurch zu erklären, dass der Löwenantheil des Nahrungsmaterials zur Bildung und Entwicklung der Frucht beansprucht werde, und alle übrigen Theile weniger erhielten als gewöhnlich. Hiergegen wäre theoretisch einzuwenden, dass sich ein derartiges Vor-

kommen eigentlich nur bei einer an und für sich schon unzureichenden Menge von Blut, also nur bei stark anämischen Frauen denken lässt.

Es ist auch behauptet worden, dass Schwangerschaft gutartige Geschwülste in bösartige umzuwandeln im Stande sei; da uns schon von vornherein die histologische Möglichkeit dieser Metamorphose zweifelhaft scheint, so müssen wir dieser Theorie die Anerkennung versagen, bis der vollgültige Beweis ihrer Richtigkeit erbracht ist.

Betrachten wir nun die jetzt besprochenen Erscheinungen und Symptome, so wird uns nicht entgehen können, dass dieselben fast alle mehr oder minder das Leben bedrohender Natur sind. Ueberlegen wir dann weiter, wie dieselben zu verhindern bezw. zu bekämpfen sind, so werden wir vor allem, ehe wir zu therapeutischen Maassnahmen schreiten können, uns fragen müssen, durch welche Umstände dieselben bedingt und hervorgerufen werden. Kurz gesagt, wir werden in erster Reihe eine genaue Diagnose zu stellen haben. Von welch' eminenter Bedeutung es ist, dass der Arzt in Fällen von mit Ovarientumor complicirter Schwangerschaft die Verhältnisse richtig zu beurtheilen und eine sichere Diagnose zu stellen vermag, werden wir später bei Besprechung der Therapie kennen lernen.

Die Aufgaben der Diagnose sind zweierlei Art:

1. müssen wir zu erkennen suchen, woher der Tumor stammt,

2. welcher Art er ist, ob fest, ob weich, ob cystisch oder solid etc.

Die Schwierigkeiten der richtigen Erkennung dieser Verhältnisse sind gross, manchmal unüberwindlich. Am häufigsten wird, wenn, was so oft der Fall, weder Arzt noch Schwangere eine Ahnung eines Ovarientumors hat, die ungewöhnliche Ausdehnung des Bauches zuerst unsere Aufmerksamkeit rege machen. Bei der Untersuchung kann dann die Palpation wegen der schon früher erwähnten übermässigen Spannung der Bauchdecken nicht selten völlig im Stiche lassen; doch gelingt es manchmal — wenn auch nur undeutlich — zwei selbstständige Tumoren im Abdomen gegen einander abzugrenzen. Eventuell ist hierbei die Percussion zu Hülfe zu nehmen. So kann man eine Verwechselung mit Zwillingsschwangerschaft oder Hydramnios ausschliessen.

Oft, besonders wenn die Erscheinungen nicht allzuschwere waren, wird die Geschwulst erst nach der Geburt entdeckt, weil in solchen Fällen im Puerperium die Ausdehnung des Unterleibs nur wenig oder fast gar nicht abnimmt.

Stehen die Tumoren hoch im Abdomen, so handelt es sich meistens um proliferirende Kystome oder einfache Ovarialcysten, denn die anderen Geschwülste liegen gewöhnlich tiefer, am häufigsten im Douglas'schen Raum.

Bei diesen stösst eine genaue Diagnose ebenfalls auf bedeutende Schwierigkeiten. Der Palpation von aussen nicht zugänglich, zeigen sich dieselben bei der inneren Untersuchung als die hintere Wand der Vagina und den Uterus nach vorn drängende Tumoren, die sich rund, höckerig, hart, elastisch etc. anfühlen und mehr oder minder beweglich sind. Bei der Untersuchung per Rectum lässt sich auch oft die hintere Oberfläche der Geschwulst abtasten.

Hier ist es nun von äusserster Wichtigkeit und geradezu die operativen Eingriffe des Geburtshelfers bestimmend, dass die Herkunft und Art des Tumors richtig diagnosticirt wird.

Verwechslungen können vorkommen mit Tumoren, die im Gewebe zwischen Rectum und Vagina ihren Sitz haben, Hämatocelen, Tumoren des Uterus und Geschwülsten, welche von den Beckenknochen ausgehen.

Die Tumoren zwischen Mastdarm und Scheide sind sehr wenig beweglich, nicht reponibel und lassen sich nicht so weit in die Höhe verfolgen, als die Ovariengeschwülste.

Hämatocelen, die durch Elasticität und Fluctuation leicht Ovariencysten vortäuschen könnten, scheinen während der Schwangerschaft nicht vorzukommen.

Tumoren der hinteren Uteruswand werden, wenn der Uterus bewegt wird, dessen Excursionen mitmachen, und Tumoren der Beckenknochen sind

einestheils recht selten, anderntheils gewöhnlich leicht bis zu ihrem Ursprung zu verfolgen.

Was die Differentialdiagnose der anatomischen Verschiedenheit der Geschwülste angeht, so lassen sich im Allgemeinen folgende Gesichtspunkte aufstellen.

Leichte Beweglichkeit, glatte Wandungen, Elasticität und Fluctuation sprechen für Cysten mit flüssigem Inhalt; Dermoidcysten geben natürlich keine Fluctuation, sind auch meistentheils mit der Nachbarschaft verwachsen, desshalb weniger leicht verschiebbar. Feste Tumoren zeigen eine mehr höckerige Oberfläche, keine Elasticität, fühlen sich hart an und lassen sich oft — hauptsächlich die Krebse — durch Störungen im Allgemeinbefinden oder Metastasen als solche vermuthen.

Diese Verhältnisse liegen jedoch nicht immer klar zu Tage und sind, je länger die Schwangerschaft gedauert hat, desto schwerer zu erkennen. Durch den Druck des schwangeren Uterus, oder gar während der Geburt werden die Geschwülste comprimirt und die umgebenden Weichtheile gespannt, und es können so einerseits Thatsachen verschleiert, anderseits Verhältnisse vorgetäuscht werden, die der Wirklichkeit nicht entsprechen und oft zu den folgenschwersten Irrthümern führen.

Einen therapeutischen Eingriff während der Gravidität verlangen diejenigen Fälle unserer Complication, bei welchen entweder die Beschwerden

bis ins Unerträgliche gesteigert sind, oder die Grösse und der Sitz des Tumors eine natürliche Geburt unmöglich erscheinen lassen.

Wenn wir nun die Mittel, die der Therapie zu Gebote stehen, mustern, so haben wir unter Weglassung aller in früherer Zeit empfohlenen, aber als völlig wirkungslos erkannten innerlichen Medicamente die Wahl unter drei Eingriffen:

1. die Punction,
2. die Ovariotomie,
3. die Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

Welcher von den dreien ist im speziellen Falle anzuwenden? Hören wir darüber einen Meister der operativen Gynäkologie, Spencer Wells. Der berühmte englische Ovariotomist urtheilt in seinem Werke über die Krankheiten der Ovarien (Deutsch von Grenser, Leipzig 1874) folgendermassen:

„Schwangerschaft und Erkrankung des Eierstocks können neben einander bestehen und mit der Geburt eines lebenden Kindes, sowie ohne Gefährdung der Mutter endigen. In einer grossen Anzahl sämmtlicher Fälle, muthmasslich bei fast allen grossen Eierstockstumoren, droht die Gefahr des Abortus, oder wenn die Schwangerschaft das normale Ende erreicht, steht eine verzögerte Geburt und ein todtgeborenes Kind zu erwarten; in den letzten Monaten liegt ausserdem die Gefahr eines plötzlichen Todes der Mutter wegen Ruptur der Cyste oder Rotation des Stieles nahe. Eine spontane Frühge-

burt wird die Mutter unter Umständen nicht vor diesen Gefahren schützen, und die künstliche Einleitung der Frühgeburt schliesst fast sicher die Opferung des Kindes in sich, neben beträchtlicher Gefahr für die Mutter. Es liegt kein Beweis vor, dass Punction einer Ovariencyste während der Schwangerschaft gefährlicher sei, als zu einer anderen Zeit; handelt es sich um eine grosse einfächerige Cyste, so wird der Ausdehnung mit sehr geringer Gefährdung der Mutter sofort abgeholfen, und die Schwangerschaft kann zur rechten Zeit mit Geburt eines lebenden Kindes zu Ende gehen, wenn man Vorkehrungen trifft, den Austritt ovarialer Flüssigkeit in die Bauchhöhle, sowie den Eintritt von Luft in dieselbe und in die Höhle der Cyste zu verhindern. Bei multiloculären Cysten kann die Punction nur geringen Nutzen bringen. In Fällen von multiloculären Cysten, oder von festen Tumoren sollte es zur Regel gemacht werden, die Geschwust in einer frühen Zeit der Schwangerschaft zu entfernen; sollte eine Eierstockcyste zu irgend einer Periode der Schwangerschaft bersten, so kann Entfernung der Cyste und vollständige Reinigung der Bauchhöhle das Leben der Mutter retten, und die Schwangerschaft ihr normales Ende erreichen. Unter drei Fällen, wo der schwangere Uterus während der Ovariotomie punctirt wurde, trat nur einmal, und zwar in dem Falle Genesung ein, wo der Uterus vor Vollendung der Operation entleert wurde.“

Spencer Wells empfiehlt also überall, wo ein operativer Eingriff nothwendig erscheint, die Punktion und, wenn diese durch die Verhältnisse unthunlich erscheint, die Ovariotomie. Die künstliche Frühgeburt wird ganz von ihm verworfen.

Diesen radikalen Ansichten gegenüber, gibt es aber auch Geburtshelfer, die in ihrer Praxis zu andern, mehr conservativen Anschauungen gelangt sind. Gegen die Punction wenden sie ein, dass sie Fälle gesehen hätten, wo, trotz aller Sorgfalt, Peritonitis zum Tode von Frau und Kind geführt hätte, und die Ovariotomie wollen sie blos in solchen Lagen zulassen, wo die Einleitung der künstlichen Frühgeburt noch nicht statthaft wäre, also in einem frühen Stadium der Gravidität. Sonst solle diese überall angewandt werden, wenn nicht enges Becken oder Erstgeschwängertsein eine Contraindication abgebe.

Heute aber wird man, wo jegliche Operation an der Bauchhöhle durch die Wohlthaten der Antiseptik so viel von den früheren Gefahren und Schrecken verloren hat, es mit ruhigem Gewissen wagen dürfen, die Punction, wo sie ausführbar ist, dem Partus arte prämaturus vorzuziehen. Aus denselben Gründen ist auch die Ovariotomie in ausgedehnter Weise in Anwendung zu ziehen und die Unterbrechung der Schwangerschaft auf die seltenen Fälle aufzusparen, in denen sowohl Exstirpation als Punction nicht zu verwenden sind, aber der Tumor

voraussichtlich seiner Zeit bei der Geburt ein schweres Hinderniss abgeben wird.

Wir wären nun zum zweiten Theile unserer Aufgabe, der Schilderung des Einflusses, den die Ovarientumoren auf die Geburt und deren Verlauf ausüben können, angekommen.

Geschwülste, welche während der Schwangerschaft keine oder nur geringe Symptome machen, können ja, wie schon erwähnt, ganz übersehen werden, oder man hat, auch wenn sie erkannt wurden, aus irgend welchen Gründen von einem operativen Eingriff Abstand genommen. Die Geburt verläuft hierbei, trotz bestehender ziemlich grosser Geschwulst oft völlig normal. Ich selbst hatte Gelegenheit einen solchen Fall, der in der Klinik des Herrn Geheimraths Professor Dr. v. Scanzoni vorgestellt wurde, zu beobachten.

Bei so günstigem Verlauf ist der Tumor gewöhnlich eine Cyste mit langem Stiel, die, nicht durch Adhäsionen im kleinen Becken befestigt und durch den wachsenden Uterus in die Höhe gedrängt, hoch oben im Bauchraum liegt, und so nicht störend in den Gang der Geburt einzugreifen vermag.

In anderen Fällen zeigt sich als Effect der Complication ein langsamer, zögernder, lang andauernder Geburtsverlauf, da der Uterus nur mit äusserster Kraftanstrengung das Hinderniss überwindet. Es sind dies diejenigen, wo der Tumor klein, comprimirbar und mit den Nachbarorganen

nicht verwachsen, es dem vorausgehenden Kindestheil ermöglicht ihn auf die Seite zu schieben oder zusammenzudrücken.

Ist es auch möglich, dass hier noch eine Geburt ohne Kunsthülfe zu Stande kommt, so ist doch immerhin Gefahr für Mutter und Kind vorhanden. Abgesehen davon, dass durch so lange dauernde, erschöpfende Anstrengungen der Uterus schlaff und zu Contractionen unfähig werden kann, wirkt die schwere, protrahirte Geburtsarbeit auf die Kräfte einer Kreissenden so consumirend ein, dass man schon den Tod an Erschöpfung hat eintreten sehen. Der Frucht droht der exitus letalis durch Erstickung.

In der grösseren Zahl der Fälle aber ist es den natürlichen Kräften nicht möglich, die Geburt zu Ende zu führen, und es werden äusserst gefahrdrohende Verhältnisse für Mutter und Kind geschaffen, die das energische und zielbewusste Eingreifen des Geburtshelfers erheischen.

Dabei kommen gewöhnlich Cysten in Betracht, die ihren Sitz im kleinen Becken haben. Sind sie beweglich, so liegen die Sachen noch sehr günstig, denn sie können, wenn sie den Beckeneingang versperren, im Allgemeinen leicht reponirt und über den Uterus in die Höhe gehoben werden, grössere bequemer und leichter als kleinere.

Sind sie jedoch, was leider meistens der Fall ist, im Douglas'schen Raum mit den Beckenorganen verwachsen und in Folge dessen unbeweglich, hart

und fest, so setzen sie eine bedeutende Raumbeschränkung des Geburtskanals und dadurch jedem Austreibungsversuch der Uterusmuskulatur eine unüberwindliche Schranke. Ja, die vereinten Anstrengungen von Gebärmutter und Bauchpresse werden, statt die Geburt vorwärts zu bringen, die Verhältnisse nur noch verschlimmern, denn der durch sie hervorgerufene bedeutende Druck wird die Geschwulst nur immer nach unten, also noch tiefer in das Becken drängen können, und dadurch, anstatt das hindernde Moment zu beseitigen, den Weg, den die Frucht beim Geburtsact zu passiren hat, nur noch mehr einengen und verlegen.

Bei diesen vergeblichen Mühen, und beim Forciren des Druckes können allerlei oft missliche Complicationen eintreten.

In vielen Fällen kommt es zu einer Ruptur des Tumors, der ja meistentheils eine Cyste ist. Wohin diese sich entleeren kann und was die Folgen des Berstens sind, haben wir bei Besprechung dieses Vorkommnisses während der Schwangerschaft erörtert. Hier ist nur noch zu bemerken, dass dieses Ereigniss in unseren Fällen als ein relativ sehr günstiges bezeichnet werden muss, vorausgesetzt, dass der Erguss des Cysteninhalts nicht in die Bauchhöhle, sondern nach Aussen erfolgt. Das Resultat käme dann dem eines Eingriffs, den wir vornehmen, gleich, nämlich der Punction, auf die wir bei der Betrachtung der Therapie näher eingehen werden.

Bei Erguss in die Bauchhöhle wird allerdings in den meisten Fällen eine tödtliche Peritonitis nicht ausbleiben.

Gelegentlich wurden auch Rupturen des Uterus beobachtet, Fälle, die wohl eine ganz hoffnungslose Prognose geben, glücklicherweise aber recht selten sind.

Ist der Tumor solide und der Druck auf ihn sehr stark, so erleidet er häufig eine bedeutende Quetschung, die oft eine heftige parenchymatöse Blutung oder eine solche in kleine präformirte Hohlräume, Zerfallshöhlen, wie sie ja manchmal in Geschwülsten vorkommen, herbeiführen kann.

Bei Dermoidcysten tritt dann gern als Folge der Compression später Vereiterung oder Verjauchung ein.

Ferner kommt es auch manchmal zu einem theilweisen Absterben, zur Nekrose des Tumors und der danebenliegenden, mitgequetschten Weichtheile. War der Insult nicht zu stark, so kann auch blos Entzündung die Folge sein.

Allein nicht nur das Leben der Mutter ist durch die eben besprochenen Möglichkeiten bedroht, auch dem Kinde entsteht schwere Gefahr, die sogar in der Mehrzahl der Fälle ein frühzeitiges Absterben bedingt. Denn nicht allein der so sehr in die Länge gezogene Geburtsverlauf wirkt als Schädlichkeit für die Frucht, sondern noch viel mehr gefährlich ist die Einklemmung des Kopfes zwischen

Geschwulst und Beckenwand. Dieselbe pflegt nämlich nach Litzmann[1]) hier beträchtlich stärker zu sein, als bei gewöhnlichen Beckenverengerungen.

In solch' verzweifelten Lagen, wo die Natur sich selbst überlassen keinen Ausweg mehr findet, greift die Therapie ein. Oft steht das Leben zweier Menschen in des Arztes Hand, und es kommt alles darauf an, dass dieser die bestehende Indication erkennt und durch rasches Handeln erfüllt.

Vor allem wird der zu derartigen Fällen herbeigerufene Geburtshelfer sich sehr hüten müssen, unnöthig Zeit dadurch zu verschwenden, dass er in zweifelhaften Lagen zu lange abwartet, ob die Geburt nicht doch noch auf natürlichem Wege vor sich gehen könne; durch solches Zögern werden die Verhältnisse oft nur verschlimmert. Es entstehen so leicht die üblen Zwischenfälle, von denen wir oben sprachen, ausgedehnte Quetschungen etc., oder, wenn schliesslich doch eine Operation als nothwendig erkannt und ausgeführt wird, ist sie durch Zerrung und Spannung der Theile weit schwerer und unsicherer geworden, abgesehen von der durch Erschöpfung möglichen Entkräftung der Kreissenden.

Die erste Indication ist jedenfalls ein Versuch zur Reposition des Tumors. Leider ist diese beste und rationellste Methode, die auch, wie die Statistik

[1]) Litzmann, Die Eierstockgeschwülste als Ursachen von Geburtsstörung. Deutsche Klinik 1852. Nr. 38, 40, 42.

zeigt, die vorzüglichsen Resultate gibt, nur in den wenigsten Fällen ausführbar. Meistens sind ja die Geschwülste so sehr mit den Beckenorganen verwachsen, dass alle Anstrengungen, sie über den Uterus in die Höhe zu schieben, vergeblich sind. Jedoch sollten ausgedehnte Repositionsversuche nie unterlassen und zur Erleichterung derselben, wenn wünschenswerth, die Chloroformnarkose angewendet werden. Gelingt die Reposition, so wird das Kind leicht auf natürlichem Wege entwickelt werden können, führen ausgedehnte, fortgesetzte Versuche nicht zum Ziel, so bleiben uns noch eine Reihe anderer Verfahren, die Geburt zu beenden.

Diese lassen sich in zwei Gruppen eintheilen:

1. Beendigung der Geburt durch Verkleinerung oder Entfernung der Geschwulst,
2. Beendigung der Geburt durch gewaltsame Entfernung oder Zerkleinerung der Frucht.

Bei der ersten Gruppe kämen in Betracht:

1. die Punction,
2. die Ovariotomie.

Die Punction ist das einzige rationelle Mittel zur Zerkleinerung eines Tumors und liefert als solches nach einer Statistik, die wir hinten anschliessen werden, im Verhältniss zu den anderen Eingriffen die besten Resultate. Es eignen sich zur Ausführung derselben natürlich nur Cysten und unter denselben wieder nur die einfachen Ovarien-

kystome. Die Nothwendigkeit einer genauen anatomischen Diagnose liegt also klar zu Tage.

Zur Ausführung der Punction empfiehlt es sich, eine ziemlich starke Nummer des Troicarts zu wählen, da der Inhalt der Cysten oft sehr dickflüssig ist, so sehr manchmal, dass man genöthigt ist, die Stichöffnung durch Incision zu erweitern. Die Stelle, von der aus die Operation meistens ausgeführt wird, ist die hintere Vaginalwand, wo der Tumor gewöhnlich während einer Wehe einen deutlich fühlbaren und leicht zu erreichenden Vorsprung bildet. Doch kann die Punction unter Umständen auch, wenn es wünschenswerth erscheint, vom Rectum aus vorgenommen werden.

Ist der Tumor für eine Punction nicht geeignet, so könnte man sich entschliessen, denselben durch eine Ovariotomie total zu entfernen. Ueber die Zulässigkeit dieser Operation, die natürlich unter den strengsten antiseptischen Cautelen auszuführen ist, wird man nicht streiten können, obgleich die Resultate derselben nicht sehr aufmunternd sind, wenigstens in den bis jetzt beschriebenen Fällen. Dies rührt, meiner Ansicht nach, aber nur daher, dass man sie relativ zu spät ausführte, d. h. zu einer Zeit, wo die Kräfte der Kreissenden schon so reducirt waren, dass der mit diesem schweren Eingriff immerhin verbundene grössere Blutverlust nicht mehr ertragen werden konnte.

Gehen wir nun zu der zweiten Gruppe von Mitteln, durch die eine derartig complicirte Geburt beendigt werden kann, über, so haben wir die Wahl unter folgenden Operationen:

1. Das Anlegen der Zange,
2. die Wendung,
3. die Perforation und
4. der Kaiserschnitt.

Die Anlegung der Zange ist entschieden zu widerrathen. Man wird dadurch wohl kaum das Hinderniss überwinden können, dagegen wohl immer durch stark vermehrte Quetschung der Weichtheile grossen Schaden anrichten.

Aehnlich verhält es sich mit der Wendung auf den Fuss und nachfolgender Extraction. Nach unserer Statistik ist die Prognose für das Kind recht ungünstig, die der Mutter ebenfalls eine schlechte zu nennen.

In allen Fällen von hochgradiger Raumbeschränkung des Beckens, die nicht durch Reposition oder Punction der Geschwulst, oder nicht durch Ovariotomie zu beseitigen ist, wird die Verkleinerung des Kindes als das richtige Verfahren indicirt sein. Das kindliche Leben ist durch die Complication, wenn die ungünstigen Verhältnisse einmal soweit gediehen sind, doch so gut wie verloren zu erachten, und für die Mutter sind die Resultate nicht allzu ungünstig zu nennen. Auch hier ist das oben bei der Ovariotomie gesagte am Platz:

die Statistik würde viel bessere Erfolge aufweisen, wenn man sich frühzeitig zur Operation entschlösse. Doch ist es gerade bei diesen für den Arzt so unangenehmen und peinlichen und für die Kreissende und deren Angehörigen so schmerzlichen Eingriff leicht zu verstehen, dass er erst als letztes Rettungsmittel vorgeschlagen und angenommen wird, oft erst, wenn das Kind bereits abgestorben ist.

In Ausnahmsfällen hat man auch den Kaiserschnitt versucht, einmal mit gleichzeitiger Ovariotomie, immer mit tödtlichem Ausgang. Derselbe könnte dann in Betracht gezogen werden, wenn es nur darauf ankommt, bei einem ohnehin verlorenen mütterlichen Leben das des Kindes zu retten.

Zum Schlusse der Betrachtung der Therapie von mit Ovarientumor complicirter Geburt, führe ich eine Statistik von Jetter[1]) an, die die Resultate der einzelnen Operationen darthut.

Zahl der Geburten	179
Normal	70
Reposition des Tumors	23
Punction, Incision	17
Zange	13
Wendung, Extraction	15
Perforation	24
Kaiserschnitt	3

[1]) Jetter. Ueber den Einfluss der Eierstocksgeschwülste auf Conception, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Inaug. Dissert. Tübingen 1867.

Ruptur des Uterus 3
Ruptur der Cyste 8
Unentbunden starben 3

Die Resultate der einzelnen Operationsmethoden sind folgende:

Reposition. Von den 23 Müttern kamen 19 davon, 3 starben, 1 ungewiss. Kinder lebten 13, 5 starben, 5 ungewiss.

Punction und Incision. 11 Mütter kamen davon, 5 starben, 1 ungewiss. Kinder lebten 4, starben 11, ungewiss 2.

Zange. Mütter blieben am Leben 7, starben 6. Kinder lebten 5, starben 6, ungewiss 2.

Wendung und Extraction. Mütter kamen davon 7, starben 8. Kinder starben 11, kam davon 1, ungewiss 3.

Perforation. Mütter lebend 14, todt 10.

Kaiserschnitt. 2 mal an der Lebenden, beide starben, 1 mal an der Todten.

Rupturen des Uterus. Alle 3 starben.

Rupturen der Cyste während der Geburt. 5 Mütter starben, 3 kamen davon.

Zum Schlusse sei es mir noch gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrath Professor Dr. v. Scanzoni, für die gütige Ueberlassung des Themas, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.